

исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14;14.03.02 / А. Ф. Елисеева. – СПб., 2014. – 26 с.

2. Папапану, П. Н. Заболевания полости рта неблагоприятно влияют на общее состояние здоровья / П. Н. Папапану // Стоматология. – 2013. – № 7. – С. 74–76.

3. Блашкова, С. Л. Современные подходы к профилактике обострений заболеваний пародонта у пациентов с ишемической болезнью сердца / С. Л. Блашкова, Е. М. Василевская // Фундам. исследования. – 2015.–№ 1. – С. 32–35.

4. Роль хронического пародонтита при ишемической болезни сердца в течение основного заболевания / Н. А. Полторак [и др.] // Ортодонтия. – 2007. – № 2. – С. 55–58.

МАРКЕРЫ РИСКА ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Счастлиненко А.И.¹, Mori M.², Прокошина Н.Р.¹, Ямори Я.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УО «Институт мирового развития здравоохранения и долголетия,
Университет Мукогавы»²

Актуальность. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний, обозначена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения всего мира [1-3]. Под эгидой ВОЗ с 1986 года было начато проведение международного исследования «КАРДИАК» в 16 странах и изучены данные 41 популяции для определения взаимосвязи между биологическими маркерами питания (индекс массы тела, липидный обмен) и распространением артериальной гипертензии (АГ) с целью разработки тактики первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний [4].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ маркеров риска хронических неинфекционных заболеваний по протоколу международного исследования «КАРДИАК» среди лиц, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях Республики Беларусь.

Материал и методы. Проведено одномоментное эколого-эпидемиологическое исследование у 195 человек в возрасте 48-56 лет, проживающего на территориях с различным уровнем загрязнения по цезию-137 в Костюковичском районе Могилевской области. Контролем являлась общая популяция из международного исследования «КАРДИАК» (более 8 тысяч человек).

В исследование включались лица, которые работали на сельскохозяйственных предприятиях, а так же проживали на выбранных территориях с момента аварии на Чернобыльской АЭС. Обследование проводилось по территориальному принципу методом сплошного безвыборочного осмотра.

Программа обследования включала: социально-демографические данные (возраст, образование, семейное положение, профессия); характеристику территории проживания по цезию-137; стандартные вопросники ВОЗ для выявления стенокардии, перемежающей хромоты, одышки, отеков; маркеров риска (индекс массы тела, уровни систолического и диастолического артериального давления (АД), лабораторные показатели общего холестерина в сыворотке крови).

Статистическая обработка материала исследования проводилась с использованием статистических пакетов Statistica 10.0. При анализе порядковых данных применялся анализ таблиц сопряженности по критерию χ^2 Пирсона, а оценка количественных показателей проводилась по дисперсионному анализу Стьюдента. Средние выборочные значения приведены в тексте в виде $M \pm m$, где M – среднее выборочное, m – стандартная ошибка.

Результаты исследования. При сравнении по возрасту и полу не было выявлено достоверных различий между объединенной популяцией из исследования «КАРДИАК» и жителями, проживающими на загрязненных радионуклидами территориях в Республике Беларусь.

Маркеры риска хронических неинфекционных заболеваний имели достоверно более высокие уровни у жителей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях в Республике Беларусь, в сравнении с общей популяцией из международного исследования «КАРДИАК»: систолическое АД ($150,9 \pm 1,1$ мм рт.ст. против $123,5 \pm 0,3$ мм рт.ст., $p < 0,001$); диастолическое АД ($93,6 \pm 0,9$ мм рт.ст. против $73,9 \pm 0,2$ мм рт.ст., $p < 0,001$); индекс массы тела ($26,4 \pm 0,4$ мм рт.ст. против $25,3 \pm 0,1$ мм рт.ст., $p < 0,001$) и общий холестерин ($5,79 \pm 0,13$ ммоль/л против $5,02 \pm 0,04$ ммоль/л, $p < 0,001$).

Выводы. Установлена неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по высокому уровню маркеров риска хронических неинфекционных заболеваний среди населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях, в сравнении с общей популяцией из международного исследования «КАРДИАК».

Литература:

1. Борьба с неинфекционными заболеваниями. Решения, оптимальные по затратам. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2017. – 25 с.
2. Global status report on noncommunicable diseases 2014. – Geneva: World Health Organization, 2014. – 302 p.

3. WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. – Geneva : World Health Organization, 2009. – 50 p.

4. Low cardiovascular risks in the middle aged males and females excreting greater 24-hour urinary taurine and magnesium in 41 WHO-CARDIAC study populations in the world / Y. Yamori [et al.] // Journal of Biomedical Science. – 2010. – Vol. 17, Suppl. 1. – P. 21–25.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ

Хвоцёв А.В.¹, Млявый А.Н.,² Викулова А.Н.¹, Немцов Л.М.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебское областное клиническое патологоанатомическое бюро»²

Актуальность. Простейшее определение эозинофильного колита (ЭК), что это – воспалительное заболевание кишечника, обусловленное эозинофильной инфильтрацией стенки (в дальнейшем - эозинофилией) толстой кишки [1]. Число сообщений об «эозинофильном колите» (ЭК), диагностированном по наличию эозинофильной инфильтрации слизистой толстой кишки у пациентов с кишечными симптомами, значительно увеличилось за последние 10-15 лет.

Редкая первичная форма ЭК была предметом менее сотни сообщений о случаях заболевания. Эозинофильная плотность в толстой кишке (colonic eosinophil density) увеличивается при различных нарушениях, включая пищевую аллергию, паразитарные инвазии и воспалительные заболевания кишечника [2]. В то же время у части пациентов, исследованных при менее выраженных желудочно-кишечных симптомах, выявлен заметный эозинофильный инфильтрат в lamina propria (собственной пластинке слизистой оболочки) толстой кишки [3].

В настоящий момент нет признанных критериев для различия эозинофильной плотности толстой кишки в верхнем диапазоне нормы от диагностически значимого патологического увеличения эозинофилов при первичном ЭК, так и при вторичной эозинофилии стенки толстой кишки [1-3]. Отсутствует и корреляция между степенью эозинофилии толстого кишечника и выраженностью клинических проявлений. Таким образом, существуют объективные трудности в оценке клинической значимости эозинофильной инфильтрации слизистой толстого кишечника.

Цель - предварительная оценка частоты эозинофильной патологии толстого кишечника по данным анализа результатов фиброколоноскопии (ФКС) с биопсией слизистой толстого кишечника.